

The Relationship between Moral Intelligence of Emergency Personnel with the Level of Respect for Patients' Privacy in the Emergency Departments, Zanjan, Iran, 2018

Zahra Kalantari ¹, Nasrin Jafari Varjoshani ^{1*}, Nasrin Hanifi ¹, Ramazan Fallah ²

¹ School of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

² Faculty of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

Received: 13 November 2019 Accepted: 8 July 2020

Abstract

Background and Aim: Respect for patients' privacy is especially important in the emergency department. The present study was conducted to determine the relationship between the moral intelligence of emergency personnel with the level of respect for patient privacy in the emergency departments of hospitals affiliated to Zanjan University of Medical Sciences, Iran.

Methods: In this cross-sectional study, 154 patients and 77 emergency department staff participated by convenience sampling method. Demographic, moral intelligence and patient privacy questionnaires were used to collect data. Data were analysed by SPSS software version 16.

Results: The mean age of employees was 34.04 ± 7.6 years (range 24-54 years old), and the mean age of patients was 38.8 ± 13.4 years (range of 18-76 years old). Employees' moral intelligence was 76.96 ± 8.42 and was in a good category. Also, the level of respect for patient privacy in the emergency departments was 85.63 ± 13.88 and was in the moderate category. There was a significant and inverse relationship between employees' moral intelligence with patients' physical privacy ($r = -0.226$) ($p = 0.048$).

Conclusion: Considering the moderate level of respect to patient privacy in the emergency departments in the present study, it seems that in addition to the lack of staff information in this regard, the factors affecting it needs to be studied and paid special attention.

Keywords: Moral Intelligence, Patient Privacy, Emergency Department.

*Corresponding author: Nasrin Jafari Vajoshani, Email: jafari_ns@yahoo.com

ارتباط هوش اخلاقی کارکنان اورژانس با میزان رعایت حریم خصوصی بیماران در بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زنجان در سال ۱۳۹۷

زهرا کلانتری^۱، نسرين جعفری و رجوشانی^{۱*}، نسرين حنیفی^۱، رمضان فلاح^۲

^۱ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

^۲ دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

چکیده

زمینه و هدف: رعایت حریم خصوصی بیماران بویژه در بخش اورژانس از اهمیت خاصی برخوردار است. مطالعه حاضر به منظور تعیین ارتباط هوش اخلاقی کارکنان اورژانس با میزان رعایت حریم خصوصی بیماران در بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زنجان انجام شد.

روش‌ها: در این مطالعه مقطعی ۱۵۴ بیمار و ۷۷ نفر از کارکنان بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زنجان در سال ۱۳۹۷ به روش نمونه‌گیری در دسترس شرکت نمودند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های جمعیت‌شناختی، هوش اخلاقی و حریم خصوصی بیماران استفاده گردید. برای تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین سن کارکنان $34/04 \pm 7/6$ سال (بازه سنی ۲۴-۵۴ سال)، و میانگین سن بیماران $38/8 \pm 13/4$ سال (بازه سنی ۷-۱۸ سال) بود. هوش اخلاقی کارکنان برابر $76/96 \pm 8/42$ بود و در محدوده خوب قرار داشت. همچنین حفظ حریم خصوصی بیماران $85/63 \pm 13/88$ بوده و در محدوده متوسط قرار داشت. بین هوش اخلاقی کارکنان و ابعاد حریم فقط با حریم فیزیکی بیماران ارتباط معنی‌دار و معکوس ($r = -0/226$) وجود داشت ($p = 0/048$).

نتیجه‌گیری: با توجه به متوسط بودن حفظ حریم خصوصی بیماران در مطالعه حاضر، به نظر می‌رسد علاوه بر کمبود اطلاعات کارکنان در این خصوص، عوامل تأثیرگذار بر آن نیازمند بررسی و توجه ویژه‌ای است.

کلید واژه‌ها: هوش اخلاقی، حریم خصوصی بیمار، بخش اورژانس.

مقدمه

حریم خصوصی بیمار یک متغیر مهم در تعیین سطح رضایتمندی و درک بیماران از کیفیت خدمات مراقبتی است (۱). بخش اورژانس یکی از مهم‌ترین بخش‌های بیمارستان بوده و به دلیل ماهیت خود می‌تواند بر نحوه عملکرد کارکنان از جمله حفاظت از حریم بیمار تاثیر نامطلوب بر جای گذارد (۲). رعایت جنبه‌های گوناگون حریم بیماران در این بخش نیازمند توجه بیشتری است، زیرا به دلیل محدودیت‌های فیزیکی و حجم بالای بیماران، چالش‌های مربوط به این مقوله تشدید می‌شود (۳).

طبق اعلام سازمان جهانی بهداشت، حقوق بیمار مجموعه‌ای از حقوق است که افراد در سیستم‌های بهداشتی درمانی داشته و ارائه‌دهندگان این خدمات ملزم به رعایت آن هستند (۴). حقوق بیمار در واقع همان نیازهای جسمی، روانی و اجتماعی مشروع و معقول وی است که به صورت استانداردها و قوانین و مقررات درمانی تبلور یافته و مراقبان بهداشتی درمانی مسئول و موظف به اجرا و رعایت آن هستند (۵). در ایران متن نهایی منشور حقوق بیمار در آبان ماه ۱۳۹۳ از سوی وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به مراکز تابعه ابلاغ گردید. این منشور در پنج محور کلی و ۳۷ بند به همراه پیش و ارزش و یک تبصره پایانی تنظیم گردیده است و شامل پنج محور کلی است که یکی از مهم‌ترین آنها، رعایت حریم خصوصی بیماران است (۱) از حریم خصوصی تعاریف متعددی شده است که به دلیل توجه به ابعاد گوناگون آن است. حریم بیمار دارای ابعاد گوناگون فیزیکی، روحی و روانی، اجتماعی و اطلاعاتی است (۶).

عوامل متعددی بر رعایت حقوق و حریم بیماران تأثیرگذار است و متغیرهای مختلفی با نگرش تیم درمان نسبت به رعایت حقوق بیماران رابطه دارد. در این بین، به نظر می‌رسد یکی از این عوامل مهم، هوش اخلاقی کارکنان باشد (۷). هوش اخلاقی یکی از ابعاد هوش است که می‌تواند چارچوبی را برای عملکرد صحیح انسان‌ها فراهم آورد و به عنوان یک عامل پیش‌بینی‌کننده رفتار محسوب گردد (۸). هوش اخلاقی اولین بار توسط Borba مطرح گردید. وی هوش اخلاقی را ظرفیت و توانایی درک درست از نادرست، داشتن اعتقادات اخلاقی قوی و عمل به آن‌ها و همچنین، رفتار در جهت صحیح تعریف کرده است (۹). Kiel و Lennick بیان می‌کنند که هوش اخلاقی شامل چهار مؤلفه درستکاری، مسئولیت‌پذیری، بخشش و دلسوزی است: اصل درستکاری به معنای ایجاد هماهنگی بین اعتقادات و اعمال افراد است. اصل مسئولیت‌پذیری اعمال و پیامدهای آن و همچنین اشتباهات و شکست‌هاست. اصل بخشش شامل آگاهی از عیوب و اشتباهات و همچنین، بخشیدن خود و دیگران است و اصل دلسوزی به معنای توجه به دیگران است (۱۰). مطالعاتی که در زمینه حفظ حریم بیماران انجام گرفته، نتایج متفاوتی را گزارش نموده اند. از جمله مطالعه هرورانی و همکاران (۱۱)، وضعیت حفظ حریم را ضعیف، راستی و همکاران

(۱۲)، همچنین کهن و همکاران (۱۳) و سرخیل و همکاران (۱۴) متوسط، آفاجانی و دهقان‌نیری (۱۵) ضعیف و متوسط گزارش نمودند.

همچنین اکثر مطالعاتی که در زمینه بررسی وضعیت هوش اخلاقی پرستاران صورت گرفته، از جمله مطالعه امینی و همکاران (۱۶)، خسروانی و همکاران (۱۷)، محمدی و همکاران (۱۸) و صادقی و همکاران (۱۹) هوش اخلاقی پرستاران را در سطح مطلوب گزارش نمودند. این در حالیست که سخنور در ارزیابی دانش اخلاقی پرستاران دانشگاه علوم پزشکی شیراز، میزان رعایت اصول اخلاقی در تصمیم‌گیری‌های بالینی را نامطلوب گزارش نمود (۲۰).

از سوی دیگر، مطالعات مختلف، ارتباط هوش اخلاقی و برخی متغیرهای دیگر را نشان می‌دهند. از جمله در مطالعه‌ای بین هوش اخلاقی پرستاران و میزان رضایت بیماران رابطه مثبت و معنا داری یافت شد (۱۹). یافته‌های محمودی و همکاران نیز نشان داد که با افزایش هوش اخلاقی و نوع دوستی می‌توان نگرش پرستاران نسبت به رعایت حقوق بیماران را تقویت کرد (۷). مطالعه محمدی و همکاران نیز نشان داد وضعیت هوش اخلاقی پرستاران با عملکرد ایشان ارتباط دارد (۲۱).

با توجه به نتایج مطالعات مختلف مبنی بر مطلوب نبودن میزان رعایت حریم خصوصی بیماران در بخش‌های مختلف و به ویژه در بخش‌های اورژانس، هم چنین احتمال وجود ارتباط بین هوش اخلاقی کارکنان پزشکی با حفظ حریم بیماران و عدم دسترسی به مطالعه‌ای که این ارتباط را بررسی نموده باشد؛ مطالعه حاضر، با هدف تعیین ارتباط هوش اخلاقی کارکنان با میزان رعایت حریم خصوصی بیماران در بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زنجان در سال ۱۳۹۷ انجام شد. در مطالعه حاضر جهت نیل به نتایج عینی تر و اعتبار بالاتر داده‌ها، علاوه بر پرسشنامه حفظ حریم بیماران از چک لیست مشاهده‌ای در سه شیفت کاری نیز استفاده گردید. همچنین کارکنان در رده‌های مختلف شغلی مختلف در مطالعه شرکت داده شدند که از این حیث مطالعه، منحصر بفرد می‌باشد.

روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی همبستگی است که در آن ارتباط بین هوش اخلاقی کارکنان با میزان رعایت حریم بیماران در بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زنجان در سال ۱۳۹۷ مورد بررسی قرار گرفته است.

جهت تعیین حجم نمونه اندازه ضریب همستگی بین نمره هوش اخلاقی و نمره حریم بیمار با استفاده از نمونه‌مقدماتی تعیین و مقدار آن $0/08$ بدست آمد و سپس با استفاده از فرمول، تعداد نمونه لازم برابر ۵۶ مورد تعیین شد و با احتمال ۲۰ درصد ریزش تعداد نمونه برابر ۷۰ مورد در نظر گرفته شد که در نهایت ۷۷ نفر از کارکنان در مطالعه شرکت داده شدند. همچنین جهت افزایش

می‌شوند. مجموع نمرات آزمون در دامنه‌ای بین ۴۱ تا ۱۲۳ قرار می‌گیرد. با توجه به نتایج به دست آمده میزان رعایت حریم بیماران در چهار امتیاز ضعیف (کمتر از ۸۰)، متوسط (۹۰-۸۰)، نسبتاً خوب (۹۰-۱۰۰) و خوب (بیش از ۱۰۰) در نظر گرفته می‌شوند (۱۵).

این پرسشنامه توسط آفاجانی و دهقان نیری بر اساس وضعیت فرهنگی و مذهبی جامعه ایران طراحی شده است (۱۵). این ابزار در مطالعات دیگر هم مورد استفاده قرار گرفته است (۱۱،۴) در مطالعه حاضر، نیز روایی محتوی پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفت. چک لیست رعایت حریم خصوصی، بر اساس پرسشنامه مربوطه، توسط تیم تحقیق طراحی شد. این چک لیست مربوط به وضعیت رعایت حریم خصوصی هر بیمار طی یک شیفت کاری بود. اطلاعات چک لیست در دو بخش تنظیم گردید که شامل اطلاعات مربوط به بخش از جمله نام بخش، مقطع تحصیلی فرد مورد مشاهده، میزان شلوغی بخش، تعداد تخت موجود، تعداد پذیرش در شیفت، شیفت مشاهده، تعداد بیمار در شیفت، تعداد بیمار انتقال یافته به بخش‌های مختلف، نوع اتاق بستری و اطلاعات مربوط به بیمار از جمله سن، جنسیت مراقبت دهنده، همراه، انتقال بیمار جهت آزمایشات تشخیصی بود. سؤالات چک لیست شامل ۲۷ سؤال در سه بخش حریم فیزیکی (سوالات ۱ تا ۱۰)، حریم اطلاعاتی (سوالات ۱۱ تا ۱۴) و حریم روانی اجتماعی (سوالات ۱۵ تا ۲۷) طراحی گردید. مقیاس نمره دهی چک لیست مشاهده‌ای به صورت بلی امتیاز دو، خیر امتیاز یک و موردی مشاهده نشد امتیاز صفر، بودو در سؤالات با بار منفی نمره گذاری معکوس انجام شد. در دسته بندی امتیاز (۷۵٪ و بالاتر) معادل حفظ حریم خصوصی در حد خوب، امتیاز (۷۴٪-۵۰٪) معادل متوسط و امتیاز (زیر ۵۰٪) معادل ضعیف در نظر گرفته شد. تأیید روایی محتوی کمی چک لیست توسط ارزیابی CVI و CVR توسط ۱۰ نفر از متخصصان (اساتید مرتبط با اورژانس و مسئولین بخش) صورت گرفت. در مطالعه حاضر، میزان CVI برابر ۰/۸۲ و CVR برابر ۰/۷۶ تعیین گردید. برای کسب ضریب توافق به منظور انجام پایایی ارزیاب‌ها، تعداد ۱۱ عدد چک لیست به صورت پایلوت تکمیل شد که ضریب همبستگی چک لیست‌های ارزیابان و ضریب کاپا ۰/۸۴ محاسبه گردید.

روش کار: پس از اخذ مجوز پژوهش از معاونت پژوهشی و اخذ کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زنجان، پژوهش آغاز گردید. در مطالعه حاضر، با مراجعه به محیط تحقیق ضمن ارائه معرفی نامه به مسئولین بخش‌های مربوطه و توضیح اهداف و نحوه ی انجام پژوهش به شرکت‌کنندگان، پرسشنامه‌های مشخصات جمعیت شناختی و هوش اخلاقی کارکنان و حریم بیماران توزیع و جمع‌آوری گردید. همچنین پژوهشگر با حضور در سه شیفت کاری در بازه زمانی سه ماهه چک لیست مشاهده‌ای را تکمیل نمود. به ازای هر نفر از کارکنانی که در ارتباط با فرآیند درمان بیمار بود، تعداد دو چک لیست مشاهده‌ای تکمیل شد. در

دقت و اعتبار همبستگی بین دو متغیر، تعداد بیماران دو برابر کارکنان در نظر گرفته شد. همچنین تعداد ۱۵۴ مشاهده کارکنان بر اساس چک لیست مشاهده‌ای در هر سه شیفت کاری انجام گرفت.

ابزار پژوهش: در این مطالعه، از ۳ پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی، پرسشنامه استاندارد هوش اخلاقی Lennic و Kiel و پرسشنامه حریم خصوصی بیماران، همچنین چک لیست مشاهده‌ای که توسط تیم تحقیق و بر اساس پرسشنامه حریم خصوصی بیماران طراحی گردید، استفاده شد.

پرسشنامه هوش اخلاقی توسط Kiel و Lennic ساخته شده است و مشتمل بر ۴۰ سؤال است. این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت از هرگز تا همیشه (امتیاز ۱ تا ۵) نمره‌گذاری می‌شود. پرسشنامه مذکور ۱۰ شایستگی: عمل کردن مبتنی بر اصول، ارزش‌ها و باورها، راستگویی، استقامت و پافشاری برای حق، وفای به عهد، مسئولیت‌پذیری برای تصمیمات شخصی، اقرار به اشتباهات و شکست‌ها، قبول مسئولیت برای خدمت به دیگران، فعالانه علاقمند بودن به دیگران، توانایی در بخشش اشتباهات خود و توانایی در بخشش اشتباهات دیگران را می‌سنجد.

در این پرسشنامه هر پاسخ‌دهنده در مجموع امتیازی بین ۴۰ تا ۲۰۰ کسب می‌کند که با تقسیم آن بر ۲ امتیاز نهایی هوش اخلاقی وی به دست می‌آید که کمترین و بیشترین نمره حاصل از پرسشنامه (۲۰) و (۱۰۰) است. در دسته بندی امتیاز (۱۰-۹۰) معادل عالی، امتیاز (۸۹-۸۰) معادل خیلی خوب، امتیاز (۷۹-۷۰) معادل خوب و امتیاز ۶۹ و کمتر از آن معادل ضعیف ارزیابی می‌شود (۲۳).

Kiel و Lennic آلفای کرونباخ این پرسشنامه را برابر با ۰/۷۸ و روایی همگرایی آن را برابر با ۰/۶۵ برآورد کردند (۱۰). در مطالعه بهرامی و همکاران روایی صوری و محتوایی پرسشنامه توسط متخصصان مورد تأیید قرار گرفته است (۲۴). شماری و همکاران این پرسشنامه را در ایران هنجاریابی کردند (۲۳) محمدی و همکاران نیز آلفای کرونباخ این پرسشنامه را برابر با ۰/۷۸ برآورد کردند (۲۱). در این پژوهش نیز آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر با ۰/۷۸ برآورد شد.

پرسشنامه رعایت حریم خصوصی سه بعد حریم فیزیکی، حریم اطلاعاتی و حریم روانی اجتماعی را مورد سنجش قرار می‌دهد و توسط خود بیمار تکمیل می‌شود. این پرسشنامه مشتمل بر ۴۱ سؤال در مورد ابعاد گوناگون، حریم فیزیکی (سوالات ۱ تا ۱۳)، اطلاعاتی (سوالات ۱۴ تا ۲۰)، روانی-اجتماعی (سوالات ۲۱ تا ۴۱) بر روی یک مقیاس چهار قسمتی (بلی، گاهی، خیر، نمی‌دانم) است. نحوه نمره‌گذاری برای سؤالات مرتبط با حریم شخصی بیماران بدین ترتیب است که به گزینه‌های بلی، نمی‌دانم، گاهی، خیر به ترتیب یک، یک و نیم، دو، سه تعلق می‌گیرد. با این تفاوت که جملات با مفهوم رعایت مناسب حریم به طور معکوس نمره‌گذاری

رابطه بین متغیرها و آنالیز واریانس جهت مقایسه میانگین گروه‌ها استفاده گردید. در این مطالعه سطح معنی داری مقدار p کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ انجام شد.

ملاحظات اخلاقی: به منظور رعایت اصول اخلاق در پژوهش، کلیه مراحل اجرا و نمونه گیری از قبیل توزیع پرسشنامه‌ها پس از تأیید طرح مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زنجان (کد IR.ZUMS.REC.1396.304) و کسب معرفی‌نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه و ارائه آن به مسؤولان بیمارستان‌های مورد مطالعه صورت گرفت. همین طور قبل از ارائه پرسشنامه به نمونه های پژوهش، اهداف مطالعه با جزئیات آن تشریح می شد و بر اصل گمنامی شرکت‌کننده‌ها و اختیار آنان برای شرکت در مطالعه تأکید می شد.

نتایج

در این مطالعه اکثریت کارکنان زن (۶۶/۲٪)، متأهل (۷۲/۷٪)، دارای مدرک کارشناسی (۶۲/۳٪) و پرستار (۵۸/۴٪) بودند. همچنین اکثریت بیماران مرد (۵۳/۲٪) و متأهل (۶۴/۳٪) بودند. جدول-۱ و جدول-۲ توزیع فراوانی مطلق و نسبی کارکنان و بیماران را بر اساس برخی متغیرهای جمعیت‌شناختی نشان می‌دهد.

مطالعه حاضر، پژوهشگر از پرستاران بالینی و دانشجوی سال آخر کارشناسی ارشد اورژانس با سابقه کار ۱۰ ساله در بخش اورژانس بود و آموزش‌های لازم در خصوص استفاده از روش مشاهده‌ای را در دوران تحصیل کسب کرده بود. جهت کاهش محدودیت‌های مربوط به روش مشاهده‌ای، پژوهشگر مدت طولانی و به مدت حدود دو ماه قبل از شروع پژوهش و جمع‌آوری داده‌ها در بخش حضور داشت تا حضور وی برای کارکنان عادی جلوه نماید. همچنین ایشان از انجام پژوهش توسط محقق آگاه گردیدند اما جهت کاهش احتمال تصنعی بودن رفتارها در خصوص حفظ حریم، کارکنان از عنوان پژوهش مطلع نگردیدند. پس از اتمام مطالعه نتایج و یافته‌های پژوهش به ایشان ارائه گردید. معیارهای ورود کارکنان، رضایت به شرکت در مطالعه و داشتن حداقل ۶ ماه سابقه کار در بخش اورژانس بود. معیارهای ورود بیماران، سن بالای ۱۵ سال، هوشیار بودن، فقدان معلولیت ذهنی و مشکلات روانی، بستری بودن در اورژانس حداقل به مدت ۶ ساعت و داشتن سواد خواندن و نوشتن بود. معیار خروج نیز شامل انصراف از شرکت در مطالعه بود. در پایان، اطلاعات ۱۵۴ نفر از پرسشنامه و چک لیست بیماران و ۷۷ نفر از پرسشنامه کارکنان که با این بیماران سر و کار داشتند، مورد تحلیل قرار گرفت.

تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها: از آمار توصیفی برای خلاصه سازی و طبقه بندی داده‌ها، از همبستگی پیرسون جهت تعیین

جدول-۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی، کارکنان برحسب متغیرهای جمعیت‌شناختی

عوامل فردی اجتماعی	فراوانی	تعداد	درصد
جنس	مذکر	۲۶	۳۳/۸
	مؤنث	۵۱	۶۶/۲
	جمع	۷۷	۱۰۰
وضعیت تأهل	مجرد	۱۹	۲۴/۷
	متأهل	۵۶	۷۲/۷
	مطلقه	۱	۱/۳
وضعیت تحصیلات	همسر فوت کرده	۱	۱/۳
	جمع	۷۷	۱۰۰
	زیر دیپلم	۴	۵/۲
شغل	دیپلم	۷	۹/۱
	کارشناسی	۴۸	۶۲/۳
	کارشناسی ارشد	۱	۱/۳
	دکتر	۱۷	۲۲/۱
	جمع	۷۷	۱۰۰
سابقه کار	پزشک	۱۷	۲۲/۱
	پرستار	۴۵	۵۸/۴
	بهیار	۲	۲/۶
	خدمه	۱۳	۱۶/۹
	جمع	۷۷	۱۰۰
سابقه کار	۱ تا ۵ سال	۳۷	۴۸/۶
	۶ تا ۱۰ سال	۱۰	۱۳/۲

۱۹/۷	۱۵	۱۱ تا ۱۵ سال	
۱۰/۵	۸	۱۶ تا ۲۰ سال	
۴	۳	۲۱ تا ۲۵ سال	
۴	۳	۲۶ تا ۳۰ سال	
۱۰۰	*۷۶	جمع	
۳۸/۳	۲۸	رسمی	وضعیت اشتغال
۲۶	۱۹	قراردادی	
۱۳/۷	۱۰	پیمانی	
۲۲	۱۶	طرحی	
۱۰۰	*۷۳	جمع	

جدول-۲. توزیع فراوانی مطلق و نسبی، بیماران برحسب برخی متغیرهای جمعیت شناختی

درصد	تعداد	فراوانی	عوامل فردی اجتماعی
۵۳/۲	۸۲	مذکر	جنس
۴۶/۸	۷۲	مؤنث	
۱۰۰	۱۵۴	جمع	
۲۳/۴	۲۶	۱۸-۲۷	سن
۳۰/۵	۴۷	۲۸-۳۷	
۱۷/۵	۲۷	۳۸-۴۷	
۱۸/۹	۲۹	۴۸-۵۷	
۷/۱	۱۱	۵۸-۶۷	
۲/۶	۴	۶۸-۷۷	
۱۰۰	۱۵۴	جمع	
	۳۸/۸ ± ۱۳/۴	میانگین و انحراف معیار	
۲۴/۷	۳۸	مجرد	وضعیت تأهل
۶۴/۳	۹۹	متاهل	
۲/۶	۴	مطلقه	
۸/۴	۱۳	همسر فوت کرده	
۱۰۰	۱۵۴	جمع	
۲۹/۹	۴۶	زیر دیپلم	وضعیت تحصیلات
۳۱/۲	۴۸	دیپلم	
۱۳/۶	۲۱	کاردانی	
۱۹/۵	۳۰	کارشناسی	
۵/۸	۹	کارشناس ارشد و بالاتر	
۱۰۰	۱۵۴	جمع	
۶۱/۷	۹۵	دارد	سابقه بستری در اورژانس
۳۸/۳	۵۹	ندارد	
۱۰۰	۱۵۴	جمع	
۸/۹	۱۲	بیکار	شغل
۲/۹	۴	از کار افتاده	
۲۹/۶	۴۰	خانه دار	
۱۹/۳	۲۶	کارمند	
۲۶	۳۵	آزاد	
۱۴/۳	۱۸	بازنشسته	
۱۰۰	*۱۳۵	جمع	

میانگین امتیاز هوش اخلاقی کارکنان برابر $۷۶/۹۶ \pm ۸/۴۲$ و در محدوده خوب بود و بین هوش اخلاقی کارکنان در مشاغل مختلف تفاوت معنی دار آماری وجود نداشت (جدول-۳).

همچنین میانگین امتیاز حفظ حریم خصوصی بیماران $۸۵/۶۳ \pm ۱۳/۸۸$ و در محدوده متوسط قرار داشت. بدین صورت که

جدول-۳. میانگین امتیازات هوش اخلاقی کارکنان بر اساس شغل آنان

شُرکت کنندگان نمره هوش اخلاقی	میانگین \pm انحراف معیار	فاصله اطمینان $+/-۹۵$	آنالیز واریانس p-value
		حد پایین	حد بالا
پزشک	$۷۳/۸ \pm ۷۹/۴۱$	۷۵/۶۱	۸۳/۲۱
پرستار	$۸/۲۲ \pm ۷۶/۰۹$	۷۳/۶۲	۷۸/۵۶
بهبیار	$۱۶/۶۱ \pm ۸۷/۲۵$	-۶۲/۰۵	۲۳۶/۵۵
خدمه	$۸/۵۸ \pm ۷۵/۱۹$	۷۰/۰۰	۸۰/۳۸
جمع کل	$۸/۴۲ \pm ۷۶/۹۶$	۷۵/۰۵	۷۸/۸۷

جدول-۴. میانگین ابعاد رعایت حریم خصوصی از دیدگاه بیماران بر اساس پرسشنامه

ابعاد حریم خصوصی	میانگین	انحراف معیار	میانگین در بازه ۴-۰	فاصله اطمینان $+/-۹۵$
			حد پایین	حد بالا
حریم فیزیکی	۲۹/۱۰	۵/۶۹	۱/۳۲	۲۸/۱۸
حریم اطلاعاتی	۱۵/۵۲	۲/۹۳	۰/۷۱	۱۵/۹۹
حریم اجتماعی - روانی	۴۱/۰۲	۸/۸۷	۱/۸۶	۳۹/۵۹
حریم کل (محدوده نمرات ۴۱-۱۲۳)	۸۵/۶۳	۱۳/۸۸	۳/۸۹	۸۳/۳۹

بیماردسترسی داشتند. ۹۳٪ محیط آرام و کم سرو صدایی برای بیمار تدارک دیده نشده، ۷۷/۸٪ در ابتدا خود را به بیمار معرفی نکرده و ۸۴/۳٪ در زمان ورود به محدوده تخت یا پارتیشن بیمار، از وی اجازه گرفته و ۹۴/۸٪ با لحن محترمانه با بیمار صحبت کرده اند. ۹۲/۸٪ قبل از انجام هر اقدام درمانی، توضیح نداده و ۹۵/۴٪ در زمان اجرای مراقبت از بیمار اجازه نگرفتند.

در این مطالعه، رابطه معنی داری بین هوش اخلاقی کارکنان و ابعاد حریم اطلاعاتی، روانی و کل یافت نشد؛ اما بین هوش اخلاقی کارکنان و رعایت حریم فیزیکی بیماران ارتباط معنی دار و معکوس ($r = -۰/۲۲۶$) وجود داشت (جدول-۵).

همچنین نتایج بررسی چک لیست‌های مشاهده‌ای در زمینه حفظ رعایت فیزیکی، نشان داد، ۷۳/۹٪ کارکنان در زمان اجرای مراقبت پرده یا پاراوان نکشیده، اما ۹۲/۲٪ با لباس یا گان مخصوص اورژانس بدن بیمار را پوشانده و ۸۱/۷٪ در طی انجام مراقبت یا معاینه نواحی غیر ضروری بیمار و پس از انجام کارهای لازم بیمار را پوشانده‌اند. همچنین در ۸۵/۶٪ اطلاعات شخصی بیمار شامل تشخیص، درمان توسط افراد نامرتبب شنیده نمی‌شد. ۹۷/۴٪ اطلاعات شخصی بی موردی که ربطی به بیماری و درمان بیمار ندارد، از وی نمی‌پرسیدند. ۹۲/۸٪ فقط افراد دخیل در درمان و مراقبت به اطلاعات کامپیوتری بیمار دسترسی داشتند و ۹۰/۲٪ فقط افراد دخیل در درمان و مراقبت بیمار به اطلاعات پرونده

جدول-۵. نتایج همبستگی بین رعایت حریم خصوصی از دیدگاه بیماران با هوش اخلاقی کارکنان

هوش اخلاقی ابعاد حریم خصوصی	ضریب همبستگی پیرسون	آزمون پیرسون p-value
حریم فیزیکی	-۰/۲۲۶	۰/۰۴۸
حریم اطلاعاتی	-۰/۱۰۸	۰/۳۴۹
حریم اجتماعی روانی	۰/۰۷۵	۰/۵۱۹
حریم کل	-۰/۱۰۲	۰/۳۷۹

معنی‌دار و معکوس داشت و با افزایش مدت بستری، رعایت حریم اطلاعاتی و حریم کلی بیماران، کاهش یافت (جدول-۷). همچنین مقایسه میانگین امتیازات رعایت ابعاد حریم خصوصی براساس تاهل نشان داد حفظ حریم فیزیکی افراد مطلقه با متأهل اختلاف آماری معنادار داشته و در واقع، حفظ حریم فیزیکی در بیماران مطلقه نسبت به سایر وضعیت‌های تاهل کمتر بود (جدول-۸ و ۹).

همچنین بین میانگین هوش اخلاقی کارکنان تفاوت معنی‌دار آماری وجود داشت. نمره هوش اخلاقی کارکنان رسمی نسبت به سایر وضعیت‌های اشتغال بالاتر و کمترین امتیاز مربوط به کارکنان طرحی بود (جدول-۶). بررسی ارتباط بین رعایت حفظ حریم از دیدگاه بیماران با مدت زمان بستری با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون نشان داد، از میان ابعاد حریم خصوصی بیماران بعد حریم اطلاعاتی ($p=0/037$) و حریم کلی ($p=0/031$) با مدت بستری بیماران، ارتباط آماری

جدول-۶. نتایج مقایسه میانگین امتیازات هوش اخلاقی واحدهای مورد پژوهش براساس وضعیت اشتغال

وضعیت اشتغال	کارمند رسمی	قراردادی	پیمانی	طرحی	آنالیز واریانس p-value
هوش اخلاقی میانگین \pm انحراف معیار	۱۰/۰۱ \pm ۷۸/۹۳	۶/۳۶ \pm ۷۸/۱۳	۶/۹۳ \pm ۷۷/۴۵	۶/۶۴ \pm ۷۰/۷۵	۰/۰۱۴

جدول-۷. نتایج همبستگی بین رعایت حفظ حریم خصوصی از دیدگاه بیماران با مدت زمان بستری

مدت زمان بستری	ضریب همبستگی پیرسون	آزمون پیرسون p-value
ابعاد حریم خصوصی		
حریم فیزیکی	-۰/۱۵۰	۰/۰۶۷
حریم اطلاعاتی	-۰/۱۷۱	۰/۰۳۷
حریم اجتماعی روانی	-۰/۰۹۲	۰/۲۶۵
حریم کل	-۰/۱۷۶	۰/۰۳۱

جدول-۸. نتایج مقایسه میانگین امتیازات رعایت ابعاد حفظ حریم خصوصی از دیدگاه بیماران بر اساس تاهل

ابعاد حریم خصوصی	وضعیت تاهل				آنالیز واریانس p-value
	مجرد	متاهل	مطلقه	همسر فوت کرده	
	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	
حریم فیزیکی	۶/۸۶ \pm ۲۶/۹۹	۵/۴۴ \pm ۲۹/۸۳	۶/۸۸ \pm ۲۵	۲/۶۳ \pm ۲۹/۷۷	۰/۰۳۴
حریم اطلاعاتی	۲/۸۵ \pm ۱۴/۵۱	۲/۸۳ \pm ۱۵/۷۵	۲/۳۴ \pm ۱۵	۳/۵۸ \pm ۱۶/۵۵	۰/۰۹۰
حریم اجتماعی روانی	۹/۹۸ \pm ۴۰/۳۸	۸/۷۷ \pm ۴۱/۱۵	۱۰/۳۲ \pm ۴۲/۶۳	۵/۵۴ \pm ۴۰/۹۴	۰/۹۴۲
حریم کل	۱۹/۶۷ \pm ۸۰/۴۳	۱۳/۳۸ \pm ۸۶/۷۳	۱۸/۰۶ \pm ۸۲/۶۳	۵/۳۶ \pm ۸۶/۶۸	۰/۱۷۱

جدول-۹. نتایج مقایسه میانگین امتیازات بعد رعایت حریم فیزیکی از دیدگاه بیماران براساس وضعیت تاهل در آزمون تعقیبی توکی

وضعیت تاهل	اختلاف میانگین	انحراف معیار	فاصله اطمینان ۰/۹۵		آنالیز واریانس p-value
			حد پایین	حد پایین	
			مجرد	متاهل	
مجرد	-۲/۸۴	۱/۰۹	-۵/۶۹	-۰/۰۱	۰/۰۵۱
مطلقه	۱/۹۸	۳/۰۱۳	-۵/۸۴	۹/۸۲	۰/۹۱۲
همسر فوت کرده	-۲/۷۸	۱/۹۶	-۷/۸۹	۲/۳۱	۰/۴۸۹
متاهل	۴/۸۲	۲/۹۲	-۲/۷۷	۱۲/۴۲	۰/۰۳۵
همسر فوت کرده	۰/۰۵۴	۱/۸۲	-۴/۶۸	۴/۷۹	۱/۰۰
مطلقه	-۴/۷۷	۲/۲۵	-۱۳/۴۷	۳/۹۲	۰/۴۸۵

با هدف تعیین میزان هوش اخلاقی پرستاران انجام شد (۱۸). همچنین، مطالعه‌ای که به بررسی هوش اخلاقی ۱۹۶ نفر از پرستاران بیمارستان‌های شهر کاشان پرداخته (۱۶)، و مطالعه صادقی و همکاران (۱۹)، میزان هوش اخلاقی پرستاران مطلوب گزارش شد. اما مغایر با این یافته‌ها، در مطالعه سخنور در ارزیابی

بحث

نتایج نشان داد هوش اخلاقی کارکنان بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر زنجان در مشاغل مختلف در سطح خوب قرار داشت. در این راستا، نتایج مطالعه محمدی و همکاران که در شرق ایران بر روی ۴۰۰ پرستار

دانش اخلاقی پرستاران دانشگاه علوم پزشکی شیراز میزان رعایت اصول اخلاقی در تصمیم گیری‌های بالینی نامطلوب گزارش گردید (۲۰). این عدم همخوانی می‌تواند به دلیل تفاوت در ابزار سنجش رعایت اصول اخلاقی در مطالعه سخنور و همچنین محدود بودن جامعه پژوهش به پرستاران باشد. مطلوب بودن میانگین هوش اخلاقی در اکثریت مطالعات می‌تواند حاکی از توجه به اصول اخلاقی در مراقبت از بیماران باشد. هر یک از ابعاد هوش اخلاقی به نوبه خود جزء اخلاقی مهمی محسوب می‌شوند که نقش مهمی در عملکرد کارکنان دارند. در مطالعه حاضر نیز هوش اخلاقی در سطح خوب قرار داشت که می‌تواند به دلیل مواجهه کارکنان اورژانس با چالش‌های محیط کار در این بخش باشد.

در مطالعه حاضر نتایج یافته‌های چک لیست مشاهده‌ای هر چند بیانگر رعایت حفظ حریم در اکثریت موارد بود؛ اما در برخی موارد مهم از قبیل لزوم معرفی خود به بیمار، ارائه توضیحات ضروری و اجازه گرفتن از بیمار قبل از انجام پروسجرها و استفاده از پرده یا پاراوان قبل از مراقبت حریم بیماران مورد نقض قرار می‌گرفت. این یافته بیانگر عدم رعایت برخی اصول اخلاقی از سوی کارکنان است که می‌تواند در ارتباط با کمبود دانش پرسنل در این خصوص، همچنین امکانات محدود بخش اورژانس و در عین حال شلوغی بیش از حد آن باشد. در مرور متون، مطالعه‌ای که با استفاده از چک لیست به بررسی حفظ حریم بیماران پرداخته باشد، یافت نشد.

همچنین نتایج مطالعه با استفاده از پرسشنامه نشان داد، میانگین حفظ حریم خصوصی بیماران در محدوده متوسط قرار داشت. در این راستا، پژوهشی که توسط Karro و همکاران در بخش اورژانس بیمارستانی در کشور استرالیا با عنوان درک بیماران از نقض حریم در بخش اورژانس انجام شد، نشان داد که در ۳۳ درصد بیماران قطعاً و ۳۵ درصد احتمالاً نقض حریم رخ داده است (۲۵). همچنین، مطالعه‌ای که توسط Matiti و همکاران با هدف بررسی وضعیت حفظ حریم بیماران در سه بیمارستان آموزشی در انگلستان انجام شد؛ ۸۵ درصد از بیماران از حفظ حریم خود رضایت نداشتند (۲۶). اما نتایج مطالعه Mamed و همکاران که در ترکیه انجام گرفته، نشان داد که میزان رعایت حریم کلی در بیماران ۶۸/۱٪ بود (۲۷). همچنین مطالعه Lin و همکاران در تایوان نشان داد ۴۰٪ از بیماران در بخش اورژانس دچار نقض حریم خصوصی شدند (۲۸). مطالعه آفاجانی و دهقان نیری که با هدف بررسی میزان رعایت حریم بیماران توسط تیم درمان و ارتباط آن با رضایت مندی بیماران در بخش اورژانس بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۶ انجام شد نشان داد ۵۰/۶٪ بیماران بستری در بخش اورژانس رعایت حریم خود را در سطح ضعیف و متوسط ارزیابی می‌کردند (۱۵). مطالعه کهن و همکاران نیز که با هدف بررسی نظرات بیماران بستری در بخش‌های داخلی و جراحی نسبت به حریم خصوصی انجام شد، نشان داد که برخی

از جنبه‌های حریم خصوصی بیماران در بخش‌های مراقبت ویژه قلبی به طور کامل رعایت نمی‌شود (۱۳). در مطالعه سرخیل و همکار نیز، یافته‌ها حاکی از آن بود که میزان رعایت حریم خصوصی بیماران در بخش‌های مراقبت ویژه قلبی به طور کامل رعایت نمی‌شود (۱۴). با توجه به نتایج مطالعات و پژوهش حاضر، میزان رعایت حریم خصوصی بیماران بستری در بیمارستان در سطح ضعیف و متوسط بوده و این موضوع می‌تواند نشان دهنده ضعف ساختاری و مدیریتی در رعایت حریم بیماران باشد. در مطالعه حاضر ماهیت خود بخش اورژانس با وجود شلوغی بیش از حد، کمبود پرسنل، لزوم رسیدگی فوری به بیماران بدحال، امکانات فیزیکی محدود و از سوی دیگر کمبود دانش پرسنل در خصوص ضرورت رعایت حفظ حریم بیماران منجر به عدم رعایت کامل اصول اخلاقی در حفظ حریم می‌گردید؛ هر چند کارکنان اورژانس با وجود شرایط نامطلوب محیطی، در تبعیت از اعتقادات مذهبی خود در حفظ حریم بیماران تا حدودی موفق بودند.

همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد؛ هوش اخلاقی کارکنان در محدوده خوب بود و بین هوش اخلاقی کارکنان در مشاغل مختلف تفاوت معنی دار آماری وجود نداشت. این یافته با نتایج مطالعه خسروانی و همکاران که با هدف بررسی هوش اخلاقی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های اراک انجام شد (۱۷)، همچنین نتایج مطالعه امینی و همکاران که با هدف بررسی هوش اخلاقی پرستاران بیمارستان‌های شهر کاشان انجام گرفت (۱۶) همراستا می‌باشد. Huvens تایید می‌کند که محیط‌های کاری پرستاران دائماً در حال تغییر بوده و آن‌ها در اجرای کارکردهای مختلف خود با مسائل و چالش‌های اخلاقی مواجه بوده و لذا نیازمند ارتقای هوش اخلاقی خود هستند (۲۹). در مطالعه حاضر، به نظر می‌رسد مواجهه با چالش‌های متعدد در بخش اورژانس و کسب تجارب اخلاقی، منجر به ارتقای هوش اخلاقی کارکنان در این بخش گردیده باشد. در مطالعه حاضر، رابطه معنی داری بین هوش اخلاقی کارکنان و ابعاد حریم اطلاعاتی، روانی و کل یافت نشد؛ اما بین هوش اخلاقی کارکنان و حریم فیزیکی بیماران ارتباط معنی دار و معکوس وجود داشت. این در حالیست که نتایج مطالعه محمودی و همکاران نشان داد مؤلفه‌های هوش اخلاقی و متغیر نوع دوستی در پیش بینی نگرش پرستاران نسبت به رعایت حقوق بیماران نقش دارد (۷). نتایج پژوهش‌های Mamed و همکاران و Santana و همکاران نشان داد که افزایش هوش اخلاقی مدیران باعث بهبود عملکرد آن‌ها می‌شود (۲۷، ۳۰). مطالعه صادقی و همکاران نیز نشان داد که با افزایش هوش اخلاقی پرستاران، میزان رضایت بیماران از کیفیت مراقبت افزایش می‌یابد (۱۹).

پژوهش Updegraff نشان داد که پایبند بودن پرستاران و سایر کارکنان مراکز بهداشتی درمانی به اخلاقیات، باعث بهتر شدن خدمات آموزشی و درمانی آن‌ها به بیماران و سایر مراجع کنندگان می‌شود (۳۱).

بود، که می‌تواند به دلیل کمبود آموزش‌های دوران تحصیل یا بدو شروع به کار باشد. لذا توجه به آموزش‌های دوران تحصیل و ضمن خدمت جهت ارتقای هوش اخلاقی کارکنان پیشنهاد می‌گردد. همچنین با توجه به متوسط بودن حفظ حریم خصوصی بیماران در مطالعه حاضر، به نظر می‌رسد علاوه بر کمبوداطلاعات کارکنان در این خصوص، عوامل تأثیر گذار بر آن نیازمند بررسی و توجه ویژه‌ای از سوی مسئولین حوزه درمان در رده‌های مختلف و مدیران بخش‌های اورژانس می‌باشد.

نکات بالینی کاربردی برای جوامع نظامی

- حریم خصوصی بیماران در بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های نظامی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌باشد.
- به دلیل محدودیت‌های فیزیکی و حجم بالای بیماران، همچنین ماهیت چالش برانگیز بخش‌های اورژانس حریم خصوصی بیماران در این بخش‌ها در معرض تهدید قرار دارد.
- با تکیه بر نتایج پژوهش مدیران پرستاری بیمارستان‌های نظامی می‌توانند با برگزاری برنامه‌های مدون آموزش برای کارکنان، همچنین مرتفع ساختن مشکلات ساختاری و فیزیکی میزان رعایت حریم خصوصی بیماران رادر بخش‌های اورژانس ارتقاء بخشند.
- رعایت حریم خصوصی بیماران می‌تواند میزان رضایتمندی پرستاران و گیرندگان خدمت در بیمارستان‌های نظامی را بالا برد.

تشکر و قدردانی

این مقاله بر گرفته از پایان نامه دانشجویی دوره کارشناسی ارشد پرستاری اورژانس است که در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زنجان با کد طرح A-11-984-6 و کد اخلاقی IR.ZUMS.REC.1396.304 به تصویب رسیده است، بدین وسیله از همکاری صمیمانه کارکنان و بیماران بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های آموزشی شهر زنجان و همچنین از مدیران و همکاران بالینی پرستاری که بدون مشارکت و همکاری آنان انجام این طرح مقدور نبود، تشکر و قدردانی می‌نماییم.

نقش نویسندگان: ارائه ایده و طرح اولیه: جعفری و حنیفی،

جمع آوری داده‌ها و تکمیل پرسشنامه: کلانتری، تحلیل داده‌ها: فلاح. همه نویسندگان در نگارش اولیه مقاله یا بازنگری آن سهیم بودند و همه با تأیید نهایی مقاله حاضر، مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می‌پذیرند.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ گونه تضاد

منافعی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع:

در مطالعه حاضر نیز انتظار بر آن بود که با افزایش هوش اخلاقی کارکنان میزان رعایت حریم بیماران ارتقاء یابد، اما یافته‌های مطالعه چنین نبود. دلایل تفاوت در نتایج مطالعات دیگر با یافته‌های مطالعه حاضر می‌تواند به علت محدودیت جامعه پژوهشی، ماهیت خود متغیرهای مورد بررسی و یا وجود عوامل مخدوش کننده دیگر مانند محیط فیزیکی باشد. زیرا حتی هنگامیکه هوش اخلاقی کارکنان در حد مطلوب قرار دارد، اما شرایط جهت حفظ و رعایت حریم فراهم نباشد، عملاً امکان رعایت حریم بیماران فراهم نمی‌گردد.

در پژوهش حاضر، میانگین نمره هوش اخلاقی کارکنان رسمی نسبت به سایر وضعیت‌های اشتغال (قراردادی، پیمانی و طرحی) بالاتر بوده و کمترین امتیاز مربوط به کارکنان طرحی بود. به نظر می‌رسد مواجهه طولانی مدت کارکنان با سابقه بیشتر، آنها را با مسائل و مشکلات اخلاقی مختلفی آشنا کرده که این مسئله می‌تواند ارتقا هوش اخلاقی ایشان در طول زمان را تبیین نماید. همچنین می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که در مطالعه حاضر، وضعیت اشتغال پایدارتر با القای حس آرامش و انگیزه، افزایش هوش اخلاقی در کارکنان را موجب گردیده است.

در این راستا، مطالعه‌ای در کشور مالزی نشان داد که تقویت هوش اخلاقی و معنوی پرستاران در دوره دانشجویی باعث بهبودی عملکرد شغلی آن‌ها در دوره فعالیتشان می‌شود (۳۲).

همچنین نتایج مطالعه نشان داد، حفظ حریم فیزیکی در بیماران مطلقه نسبت به سایر وضعیت‌های تاهل کمتر بوده است. به نظر می‌رسد عامل تأثیرگذار دیگری در این رابطه حضور داشته و آن درک خود بیماران از وضعیت حفظ حریم خصوصی بوده است و احتمالاً بیماران مطلقه نسبت به حفظ حریم حساس تر بوده و عدم رعایت آن را بیشتر درک نموده‌اند.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر، نمونه‌گیری به روش در دسترس بود که منجر به کاهش قدرت تعمیم‌پذیری مطالعه گردیده است. همچنین چون در مطالعه از پرسشنامه استفاده گردید، لذا محدودیت مربوط به خودگزارشی را دارد که سعی گردید با استفاده از چک لیست مشاهده‌ای این محدودیت کاهش یابد. از نقاط قوت مطالعه استفاده از چک لیست مشاهده‌ای در کنار استفاده از پرسشنامه که یافته‌ها را عینی‌تر می‌نماید؛ همچنین حضور طولانی مدت پژوهشگر در سه شیفت کاری، در بخش اورژانس بوده است. نمونه‌گیری از رده‌های مختلف شاغل در اورژانس از نقاط قوت دیگر مطالعه می‌باشد.

نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر، میزان هوش اخلاقی کارکنان در مجموع در سطح خوب قرار داشت، اما در کارکنان تازه کار این میزان کمتر

1. AdibHajbagheri M, Zehtabchi S. Evaluation of Elderly patient's privacy and their satisfaction level of privacy in selected Hospital in Esfahan. *Med Ethics J.* 2014;8(29):97-120. doi:10.22037/mej.v8i29.7189
2. Colleja P, Forrest L. Improving patient privacy and confidentiality in one regional Emergency Department quality project. *Australasian Emergency Nursing Journal.* 2011;14: 251-256 doi:10.1016/j.aenj.2011.05.002
3. Morris z S, Boyle A, Beniuk, K, Robinson S. Emergency department crowding: towards an agenda for Evidence based intervention. *Emergency Medicine Journal.* 2012;29: 460-466 doi:10.1136/emj.2010.107078
4. Soheilifar F, Dyrkvnd moghadam A, Faizi A, Sayeh Miri K, Hashemian A. Some factors affecting the satisfaction of the provisions of the charter of patient Rights in emergency department patient admitted to government hospitals in the city of Ilam. *JMC Iran.* 2013;31(1):34-9.
5. Yazdanparast E, Davoudi M, Ghorbani H, Abbaspoor M. The observance of different aspects of patient privacy: Analysis of elderly views. *Med Ethics J.* 2016;10(36). doi:10.21859/mej-103673
6. Leino-kilpi H. Patients autonomy privacy and informed consent. *Arndt m and etal Biomedical and Health research Amsterdam: los press.* 2000;40
7. Mahmoodi A, Khani L, Ghaffari M. The Relationship of moral intelligence and Attitude to the rights of patients journal of nursing Education. 2016; 5(2). doi:10.20286/jne-05026
8. Yousefi P, Heshmati H. moral intelligence and Its position in nursing profession journal of Development strategies in medical Education. 2015; 2(2):65-73
9. Borba M. Building moral intelligence; the seven essential virtues that teach kids to do the right thing. University of Michigan. 2005
10. Lennic K, Kiel F. moral intelligence. USA wharton school publishing. 2005
11. Harorani M, Pakniat AG, Jadidi A, Sadeghi H, Varvanifarahani P, Golitaleb M, et al, The Extent of Maintaining the Privacy of Patients Hospitalized in Emergency Departments of Hospitals Affiliated with Arak University of Medical Sciences; a Cross-sectional Study *IJE.* 2018;4(4):158-163. doi.org/10.22037/ijem.v2i1.16674
12. Rasti R, Jahanpoor F. Viewpoints of nurses and patients on paying respect to privacy of patients in care. *J Mazand Univ Med Sci.* 2013;24(1):34-42.
13. Kohan N, Sabzevari S, Nakhaee N, Kohan M. Reviews of surgical patients in university hospitals to comply with the privacy. *Kerman university of medical science.* 2007;1:123-133
14. Sarkhil H, Poor-kakhaki A, Borzabadi-Farahani Z. Respecting patients privacy in cardiac care units of Tehran's selected hospitals. *Cardiovascular nursing journal.* 2013;2(2):40-47
15. Aghajani M, Dehghannayeri N. The rate of observe "various dimensions of Patients Privacy" by treatment team. *IJME.* 2009; 2(1):59-70
16. Amini M, Rahimi H, Godali H, Montazer M. A study the status of moral intelligence in nursing across kashan hospitals. *J Educ Ethics Nursing.* 2015; 4(1):59-66.
17. Khosravani M, Khosravani M, Rafiei F, Mohsenpour M. Moral intelligence and its dimentions in nursing working in hospitals in Arak city. *Medical ethics J.* 2017;11(41):37-44. doi:10.21859/mej-113937
18. Mohamadi S, nakheai N, Borhani F, Roshanzadeh M. moral intelligence in nursing;a across-sectional study in East of Iran. *J Med Ethis History med.* 2013; 6 (5):57-66.
19. Sadeghi A, Adeli Z, Shamsaei F, Moghimbeigi B. Relationship between nurses moral intelligence and patients satisfaction from nursing care. *Journal of nursing management fourth year.* 2015;4(3).
20. Sokhanvar R. Assessment of knowledge of nursing ethics in clinical decision and its use from the perspective of nurses in Shiraz University of medical sciences. National conference on Ethics and law in nursing. 2002.
21. Mohamadi J, Ghazanfari F, Azizi A. Relationship between moral intelligence and nurses' quality of work life. *IJN.* 2014;27(90):54-64. doi:10.29252/ijn.27.90.91.54
22. Everitt B S, *Medical Statistics from A to Z: A Guide for Clinicians and Medical Students.* Cambridge University Press. Edit 2. 2007.
23. Shamami, Jafari Rad, Mohammadi. Standardization of the Ethical Intelligence Questionnaire. *Journal of Psychometric Principles.* 2011; 2(1):25-36.
24. Bahrami M, Asemi M, Fatehpanah A, Dehghanitafti A, Ahmaditehrani G. moral intelligence status of the faculty members and staff of the Shahid Sadoghi University of Medical Sciences of Yazd Iran *j med Ethics Hist med.* 2012;5(6):81-95.
25. Karro J, Dent A, Farish S. patient perceptions of privacy infringements in an emergency department. *Emerg med Australas.* 2005;17:117-23 doi:10.1111/j.1742-6723.2005.00702.x
26. Matiti M R, Trorey G M, (2008). Patients' expectations of the maintenance of their dignity. *Journal of clinical nursing,* 17(20), 2709-2717. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02365.x
27. Mamede C, Ribeiro N, Gomes DR, Rego A. Leaders Moral Intelligence and Employees Affective Commitment: The Mediating Role of Transformational Leadership The jornadas Luso Espanholas de Gestao Cientifica. 2014;6(8): 1-10.
28. Lin Y, Lec W, Kuo L, Cheng Y, Lin C, Lin S, et al. Building an ethical environment improves patient privacy and satisfaction in the crowded emergency department;a auasi - experimental study. *BMC med Ethics.* 2013;14(80) doi:10.1186/1472-6939-14-8
29. Huvens G. Ethical implications for the professional nurse of research involving human subjects. *JVasc Nurs.* 2004;22(1):19-23. doi:10.1016/S1062-0303(03)00082-7
30. Santana J, Bauer A, Minamisava R, Queiroz Bezerra AL, Regina MR. Quality of nursing care and satisfaction of patients attended at a teaching hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem.* 2014; 22(3): 157- 165. doi:10.1590/0104-1169.3241.2437
31. Updegraff Marketing S. Counteracting the high cost of low morale in the health care sector. *Health Care Manag.* 2013; 32(3): 287-9. doi:10.1097/HCM.0b013e31829d7931
32. Rani AA, Abidin I, Hamid MR. The impact of spiritual intelligence on work performance: Case studies in government hospitals of east coast of Malaysia. *The macrotheme Review.* 2013; 2(3): 46-59